

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 94

ÉRYTHÈMES FESSIERS DES NOURRISSONS ET ÉPIDERMO-DERMITES MICROBIENNES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Mars 1923

PAR

Pierre RABA

ANCIEN EXTERNE

LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à SAINT-LÉGER-DE-BALSON (Gironde), le 22 mars 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>
		W. DUBREUILH, professeur.	{ <i>Juges.</i>
		LEURET, agrégé	
		DUPÉRIÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 94

ÉRYTHÈMES FESSIERS DES NOURRISSONS ET ÉPIDERMO-DERMITES MICROBIENNES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Mars 1923



PAR

Pierre RABA

ANCIEN EXTERNE

LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à SAINT-LÉGER-DE-BALSON (Gironde), le 22 mars 1896.

Examineurs de la Thèse

{	MM. PETGES, professeur	Président.
	W. DUBREUILH, professeur.	{ Juges.
	LEURET, agrégé	
	DUPÉRIÉ, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants ..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires ..	POUSSON.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ..	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N. N.	Médecine générale	GREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N.	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale	RECHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPERIÉ.	Pharmacie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	GAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	GREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.. MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle

GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN ROBERT MARTINEAU

MORT POUR LA FRANCE

A MON COUSIN A. JEAN RABA

Officier de l'Instruction publique.

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

DONT NOUS FÛMES L'ÉLÈVE OU L'EXTERNE

MESSIEURS LES PROFESSEURS DUVERGEY, J. CARLES, VILLAR,
VERGER, RIVIÈRE, DENUCÉ, ARNOZAN

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. DUPÉRIÉ

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux.*

En reconnaissance des conseils et de
l'accueil que j'ai toujours trouvés dans votre
laboratoire.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BERGONIÉ

*Professeur de Physique biologique et de Clinique d'Électricité médicale
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Correspondant de l'Institut,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR C. SIGALAS

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Adjoint au Maire de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR W. DUBREUILH

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux.*

*Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Vous m'avez inspiré ce travail et vous voulez bien aujourd'hui en accepter la présidence.

Merci, mon cher Maître, pour l'honneur que vous me faites et pour la bonté que vous avez témoignée à mon égard.

Votre personnalité médicale sera toujours pour moi un modèle dont je garderai le souvenir et dont je ferai ma devise :

Science, Conscience et Bonté.

PLAN

INTRODUCTION.

CHAPITRE PREMIER. — Les érythèmes et les dermites infantiles d'après les données classiques.

CHAPITRE II. — La notion moderne d'épidermo-dermite superficielle microbienne en dermatologie générale.

CHAPITRE III. — Rapprochement des érythèmes et dermites infantiles et des dermo-épidermites microbiennes.

CHAPITRE IV. — Faits cliniques : observations.

CHAPITRE V. — Recherches bactériologiques personnelles.

CHAPITRE VI. — Discussion.

CONCLUSION.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉRYTHÈMES FESSIERS DES NOURRISSONS

ET ÉPIDERMO-DERMITES MICROBIENNES

INTRODUCTION

Au cours du stage que nous avons fait comme externe dans le service que M. le professeur Petges dirige à l'Hôpital des Enfants assistés, nous avons eu l'occasion d'observer et d'étudier, parmi les nombreux enfants atteints d'affections cutanées diverses, un certain nombre d'érythèmes et de dermites infantiles.

Notre attention avait été souvent attirée par notre maître sur ces érythèmes et ces dermites, dont beaucoup étaient considérées par lui comme des infections cutanées de nature microbienne, du genre des dermo-épidermites, et qu'il traitait comme telles avec d'excellents résultats supérieurs à ceux que donnent les méthodes classiques. En fait, nous avons vu fréquemment guérir ces formes de dermatoses sous l'influence d'une médication antiinfectieuse bien conduite.

Nous avons étudié un certain nombre de cas de ces érythèmes et de ces dermites infantiles, et nous en avons fait le sujet de

notre thèse inaugurale sur l'inspiration et les conseils de M. le professeur Petges.

Nous le remercions sincèrement ici de nous avoir confié le sujet de ce travail. Nous remercions aussi M. le professeur Moussous, qui nous permet de suivre et de prendre des observations dans son service, M. le D^r Rocaz, qui nous a réservé le plus bienveillant accueil, et enfin M. le professeur agrégé Dupérié, qui a mis si aimablement son laboratoire à notre disposition et a bien voulu diriger et contrôler nos recherches bactériologiques personnelles sans ménager ses conseils ni son temps.

Nous remercions aussi MM. les D^{rs} Bonnin, médecin des hôpitaux, R. Lartigaut et Boissérie-Lacroix, dont nous n'oublions pas l'amabilité à notre égard.

CHAPITRE PREMIER

Les érythèmes et les dermites infantiles d'après les données classiques.

Le mot « érythème infantile », par son étymologie même, désigne les états dans lesquels l'épiderme de l'enfant devient rouge. Leur étude pourrait être vaste, puisque les érythèmes sont un des symptômes des grandes infections infantiles : rougeole, scarlatine, diphtérie (1), etc.

A côté de ces érythèmes symptomatiques d'une infection générale, les auteurs classiques étudient ceux qui sont produits par une cause quelconque d'irritation de la peau de l'enfant, les érythèmes fessiers qui en sont le type, par exemple. Ces érythèmes, parfois provoqués, souvent entretenus par le contact des matières fécales et de l'urine, s'observent surtout, en effet, aux fesses, aux cuisses et dans les régions voisines, et peuvent aboutir à l'eczéma du siège et aux papules syphiloïdes des macérations (2).

Au printemps, s'observent chez le jeune enfant des érythèmes sudoraux.

L'action solaire peut provoquer un érythème vacciniforme (mortification de la peau et formation de bulles pleines).

Le froid peut donner lieu à la formation d'érythème pernio ou engelures.

(1) M. J. Mussy, *Érythèmes infectieux et toxiques symptomatiques*, in *Maladies de l'enfance* de Grancher et Comby, Masson, Paris, 1905.

(2) E. Appert, *Maladies des enfants*, Baillière.

Enfin, il existe des érythèmes de cause générale en plaques régulières et confluentes et méritant le nom d'érythème polymorphe.

Après ces érythèmes de cause locale ou générale, on peut étudier, à côté de l'eczéma séborrhéique des nourrissons, une dermatose bien caractérisée, décrite en premier lieu par M. Moussous (1), en mars 1905 et 1908, étudiée ensuite par Lebard (2), Rocaz (3), et qu'on peut appeler *érythème fessier squameux de Moussous* ou *érythrodermie desquamative des nourrissons*.

M. Moussous signale que cette lésion érythémato-squameuse localisée aux fesses peut s'étendre et se généraliser.

Cette variété d'érythème fessier s'observe chez des nourrissons bien portants par ailleurs, sans troubles digestifs, atteints de séborrhée.

Les lésions débutent dans la région fessière, gagnent le ventre, les lombes, les cuisses et les jambes, se généralisent parfois en un érythème diffus avec fissures superficielles et desquamation abondante.

Isolé aussi par M. Moussous, l'*érythème squameux des fesses* survient vers la fin de la première année et paraît avoir des relations avec les poussées dentaires.

Il occupe les parties saillantes des fesses, les parties supérieures et postérieures des cuisses. La peau s'épaissit, se durcit, finalement se détache en placards.

Le séjour au lit, l'irritation de l'urine prolongent la durée de cet érythème qui reste localisé aux régions indiquées.

Notre étude se rapporte aux érythèmes et dermites infantiles des jeunes enfants et surtout des nourrissons, dont le siège électif sont les régions périanale, fessière et leur voisinage.

(1) M. Moussous, *Érythème fessier et eczéma séborrhéique*, Archives médicales des enfants, mars 1908.

(2) M. Lebard, *Érythème fessier chez le nourrisson atteint d'eczéma séborrhéique*, thèse Bordeaux, 1905.

(3) Rocaz, *Eczéma des nourrissons*, Rapport au VI^e Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Toulouse, 1910, éditeur Privat, Toulouse.

L. Jacquet (1), qui a étudié particulièrement cette question, réserve le mot érythème à l'état de rougeur cutanée observée peu après la naissance chez tous les enfants.

Pour les autres formes, il propose le terme de *dermites infantiles*.

On pourrait donc décrire : 1° Un érythème du nouveau-né, lié au changement de température et de milieu que provoque la naissance, état physiologique, en somme, dérivant peut-être de l'ictère hémolytique du nouveau-né (E. Leuret) ;

2° *Des dermites érythémateuses simples* ou érythème fessier simple du nouveau-né, rougeur occupant les fesses, l'abdomen, avec épiderme luisant, vernissé, suintant et s'observant chez la plupart des enfants même bien portants ;

3° *Des dermites érythémato-squameuses* présentant en plus une desquamation en cercle lui donnant un aspect syphiloïde ;

4° *Des dermites érythémato-vésiculeuses* ou érythème vésiculeux de Parrot, avec mêmes localisations et envahissement de la surface érythémateuse par de petites vésicules éphémères créant des érosions, grosses comme une tête d'épingle, réparties en un seul groupe sur chaque fesse (Moussous).

Cette dermite survient de temps en temps chez des enfants vigoureux ;

5° *Des dermites papuleuses* prenant un aspect syphiloïde : syphiloïde post-érosive de Sevestre et Jacquet, parce que leur début est marqué par la production de petites vésicules qui se transforment en érosion. Elles ont même localisation et sont reconnaissables aux petites saillies papuleuses à la surface de l'érythème ;

6° *Des dermites ulcéreuses*, avec siège fessier et périanal comme les précédentes ; elles présentent des ulcérations fistulaires avec suintement séro-purulent hématique.

Étiologie et pathogénie de ces érythèmes et dermites infantiles. — Les troubles généraux et digestifs précédant ou

(1) L. Jacquet, *Dermatites infantiles simples*, in *Pratique dermatologique*, Paris, Masson, 1900.

suivant l'apparition de ces dermites peuvent avoir une action favorisante sur une infection externe, soit par l'action locale de matières fécales diarrhéiques, soit en raison d'un mauvais état général, soit par ces deux causes réunies.

M. Moussous pense à une action du système nerveux vasomoteur en raison de l'apparition rapide et de la disparition de ces états. L'influence des troubles intestinaux serait à la base de ces poussées qui peuvent être quelquefois aussi en rapport avec l'hypothyroïdie (Moussous).

L'évolution dentaire a été incriminée. M. Moussous ne croit pas à son influence.

Le rôle des urines et des fèces ne doit pas être négligé.

M. Petges pense qu'il s'agit souvent dans ces lésions d'une infection favorisée par le contact irritant de l'urine et développée sur une peau préalablement irritée et en état de moindre résistance, l'infection externe n'étant pas tout dans l'apparition et l'évolution des troubles observés, qui sont favorisés par la défaillance de l'état général.

Diagnostic. — Le diagnostic positif est facile. On ne confondra pas ces états avec l'eczéma atteignant surtout la face, ni avec les plaques d'intertrigo, rouges, suintantes, siégeant au niveau des plis et s'accompagnant souvent d'impétigo.

Le diagnostic est délicat avec la syphilis.

La séro-réaction de Bordet-Wassermann faite avec le sang de l'enfant et des parents ne sera pas négligeable dans le doute.

Traitement. — Propreté, linges secs, poudrages, hygiène alimentaire, sont la plupart du temps suffisants.

M. Petges conseille, s'il y a un certain degré d'infection, des lavages soit avec de l'eau d'Alibour au cinquième, au quart ou au tiers, soit avec :

Sulfate de cuivre.....	15 grammes.
Sulfate de zinc.....	15 grammes.
Eau distillée.....	300 grammes.

d'une cuillerée à café à une cuillerée à soupe de la solution par verre d'eau bouillie tiède en lavages trois fois par jour, puis application de pâte de zinc salicylée.

CHAPITRE II

La notion moderne d'épidermo-dermite superficielle microbienne en dermatologie générale.

On désigne sous le nom d'épidermo-dermite microbienne une streptococcie cutanée superficielle, c'est-à-dire une infection microbienne due à un streptocoque parfois associé à d'autres agents pathogènes.

La notion de l'infection cutanée par le streptocoque n'est pas nouvelle, mais elle a été singulièrement étendue ces temps derniers.

Le rôle de certains streptocoques spécialisés s'affirme de plus en plus en pathologie générale comme en pathologie cutanée (impétigo, variétés d'eczémas séborrhéiques, perlèche, etc.).

Ces affections ne constituent plus ces entités vagues acceptées dans le passé, mais sont, depuis les travaux de M. R. Sabouraud, considérées comme d'origine infectieuse streptococcique.

M. Sabouraud (1) a insisté longuement et bien sur les différents aspects des streptococcies cutanées et des épidermo-dermites microbiennes. Ses recherches peuvent être comptées au nombre des plus importantes de la dermatologie contemporaine. Elles ont donné le premier ébranlement à la dermatologie énumérative et descriptive en faveur d'une dermatologie basée sur la pathogénie et moins préoccupée de donner des noms spéciaux à tant de types cliniques multipliés à tort que de les grouper d'après leurs affinités pathogéniques.

(1) M. R. Sabouraud, *Entretiens dermatologiques à l'école Lailler* (Hôpital Saint-Louis), O. Doin, 1913.

Derrière les oreilles, par exemple, on trouve souvent, en écartant le pavillon, un pli fissuraire où l'épiderme exulcéré est si mince que le pli saigne souvent avec infiltration et érythème voisin. Cet intertrigo rétroauriculaire est une lésion streptococcique en sa plus fréquente localisation.

De même, l'élection du streptocoque pour les plis cutanés est indéniable et « sans risque d'erreur, on peut dire que tous les intertrigos sont streptococciques d'origine ou secondairement infectés de streptocoques (1).

Chez les jeunes sujets, l'intertrigo peut être purement streptococcique sans aucun mélange apparent d'eczéma.

L'infection streptococcique a donc, d'après cet auteur, une préférence marquée pour les endroits du corps perpétuellement moites que sont les plis naturels.

La perlèche n'est qu'une streptococcie épidermique, intertrigineuse, qui doit à sa localisation insolite son aspect particulier. Lemaitre, de Limoges, découvrit le premier la nature streptococcique de la perlèche et il crut même à un streptocoque particulier. En réalité, c'est un intertrigo comme les autres streptococcies cutanées.

En dehors des plis, le streptocoque s'attaquant à la surface cutanée crée sa lésion la plus caractéristique : l'impétigo contagieux.

La rhinite antérieure impétigineuse, foyer idéal streptococcique d'impétigo, provoque souvent des poussées d'impétigo chronique.

Mais à la lésion streptococcique s'ajoutent fréquemment des lésions staphylococciques sous forme de pustulettes ou de folliculites.

L'enfant atteint d'impétigo se gratte, se fourre les doigts dans le nez ; il inocule ainsi souvent ses doigts. Cette inoculation se fait souvent, comme le fait remarquer M. R. Sabouraud, dans le sillon périunguéal. C'est la tourniole. Elle naît dans un pli.

(1) D. R. Sabouraud, déjà cité.

C'est une phlyctène mince qui s'allonge en tournant autour du doigt.

L'impétigo du doigt, les impétigos secondaires à la phyriase sont aussi de nature microbienne streptococcique.

Les épidermites streptococciques des plis seront traitées par un badigeonnage avec :

Teinture d'iode pure..... 40 grammes.

Alcool à 80 degrés..... 400 grammes.

celles des surfaces par l'eau d'Alibour diluée au tiers.

M. R. Sabouraud a enfin montré par quel procédé on pouvait mettre en évidence ce streptocoque, agent causal de ces épidermo-dermites.

Nous avons employé ce procédé indiqué tout au long au chapitre de bactériologie.

Ce même auteur a enfin montré que le streptocoque n'est pas un hôte normal de la peau humaine (1), répondant à l'objection de ceux qui croyaient le trouver fréquemment au niveau de la surface cutanée.

L'étude des streptococcies cutanées fut reprise après les travaux de M. R. Sabouraud.

Après cet auteur, en effet, les travaux de Darier (2), L. Brocq (3), Perrin (4), Butte (5), Desaux (6) augmentent encore ce domaine.

Enfin, ces dernières années, M. H. Gougerot, étendant la notion de streptococcie cutanée à certains érythèmes infantiles, étudia cliniquement ces affections et insista sur leur nature microbienne « que je croyais admise bien qu'elle ne fût pas

(1) Sabouraud, *Entretiens dermatologiques à l'école Lailler*, Paris, Masson, 1922.

(2) Darier, *Précis de dermatologie*, p. 69-70.

(3) L. Brocq, *Dermo-épidermite des trajets fistuleux*, *Bulletin médical*, 22 janvier 1916.

(4) Perrin, *Dermite eczématiforme*, Réunion médicale et chirurgicale de la XV^e Région, janvier 1916.

(5) Butte, *Dermo-épidermite*, Société médicale des hôpitaux de Paris, février 1916.

(6) A. Desaux, *Épidermo-dermite développée autour des plaies fistuleuses de guerre*, thèse Paris, 1916.

décrite explicitement. Aussi ai-je été étonné de la voir confondue avec l'eczéma, l'eczéma séborrhéique, etc. » (1).

Ces épidermo-dermites de formes variées rappellent d'ailleurs, par de nombreuses analogies cliniques, l'eczéma : prurit, rougeur, infiltration, vésiculation, suintement, état croûteux, squameux, simulent bien cette dermatose, mais leur bordure est plus nette, plus régulière que dans l'eczéma, avec une collerette épidermique décollée, cerclant la lésion et contenant une sérosité purulente. Elles sont souvent associées à des lésions streptococciques connues : tourniole, rhinite streptococcique, vues plus haut, et cèdent bien au traitement cuprique : lavages à l'eau d'Alibour diluée et poudrages au talc salicylé.

(1) H. Gougerot, *Journal des praticiens*, 28 avril 1917 et 15 décembre 1917.

CHAPITRE III

Rapprochement des érythèmes et dermites infantiles et des épidermo-dermites microbiennes.

Cette idée de rapprocher ces deux affections paraît choquante au premier abord. La question des érythèmes infantiles a été étudiée depuis longtemps et on est d'accord, nous l'avons vu, pour faire jouer à des causes internes un rôle important : troubles gastro-intestinaux, suralimentation, malalimentation, qualité du lait de la mère, etc., sont des facteurs de premier plan dans la genèse de ces érythèmes et dermites infantiles.

On admet généralement aussi que les érythèmes fessiers sont plus fréquemment observés chez les enfants nourris au sein qu'au biberon.

Telles sont les causes généralement invoquées et classiquement admises concernant l'origine interne de ces érythèmes et dermites infantiles.

En ce qui concerne l'origine externe, surajoutée à ces causes internes, l'irritation par les drapeaux, les langes mouillés, la fermentation de l'urine, le contact des matières fécales plus ou moins acides sont acceptés.

Naguère, M. Moussous (1) a décrit certaines formes d'érythèmes fessiers érythémato-squameux, survenant de préférence chez des enfants entachés de séborrhée, question étudiée ensuite par Lebard et Rocaz (2).

(1) *Érythème fessier et eczéma séborrhéique*, Arch. méd. des enfants, mars 1908.

(2) Rocaz, déjà cité.

Il a montré leur relation possible avec l'hypothyroïdie et l'influence favorable de l'opothérapie thyroïdienne sur leur évolution.

Ces notions acquises sont-elles de nature à rendre impossible un rapprochement entre les épidermo-dermites microbiennes et les érythèmes et dermites infantiles?

L'idée de les fondre est-elle révolutionnaire ou illogique?

Certainement non. Actuellement, la pensée médicale moderne ne peut s'abstraire de la notion d'infection et tout incite à accuser des infections atténuées de provoquer et d'entretenir bien des réactions cutanées. Il ne s'ensuit pas que toutes les acquisitions antérieures soient inexactes et mûres pour l'oubli, car ne s'infecte pas qui veut.

Qui, à l'heure actuelle, pourrait soutenir ou seulement supposer que l'infection ne peut être favorisée par l'état général? La question ne se discute plus en pathologie générale. En pathologie spéciale infantile, quoi de plus naturel de penser que sous l'influence des causes internes que nous venons de signaler, causes d'ordre gastro-intestinal ou alimentaire, causes d'ordre glandulaire ou thyroïdien, causes inconnues même, ajouterons-nous, il ne puisse se produire des infections superficielles réalisant tous les stades des érythèmes et des dermites infantiles qui, dès lors, ne forment plus des variétés autonomes, mais une continuité, fonction de la virulence, de la profondeur de l'infection, favorisée par un état général particulier.

Une comparaison fera comprendre notre pensée : naguère, les lésions érythémateuses suintantes rétroauriculaires étaient qualifiées d'intertrigo, d'eczéma intertrigineux, d'eczéma séborrhéique; on sait aujourd'hui, comme nous l'avons exposé plus haut, grâce à M. Sabouraud, qu'il s'agit d'impétigo humide streptococcique; de même que l'ancienne dartre volante du visage, le pityriasis alba est un impétigo sec, que l'intertrigo des plis est un impétigo humide ou une épidermophytie ou une épidermomycose (1) à levures, autant d'entités qui ont disparu

(1) *Les épidermomycoses*, par le docteur G. Pelges, rapport présenté au Congrès des dermatologistes de langue française, 6, 7, 8 juin 1922.

pour se fondre dans la grande catégorie des infections cutanées, des impétigos, des streptococcies.

Serait-il plus étonnant de voir les érythèmes dériver d'une cause infectieuse que le pithyriasis alba par exemple?

L'induction nous conduit à accepter cette hypothèse, mais il faut la démontrer. Pour cela deux moyens s'offrent à l'observateur : comparer le résultat du traitement classique des érythèmes et celui qui découle logiquement de l'hypothèse de leur allure infectieuse, c'est-à-dire traitement calqué sur celui de l'impétigo, mais à doses plus faibles. Encore peut-on dénier une valeur suffisante au traitement d'épreuve, parce que parfois, les érythèmes guérissent par des moyens très simples ou même sans traitement ou simplement en modifiant l'état général (changement de lait, etc.), comme d'ailleurs bien des infections, ne fût-ce que le furoncle pour la peau, les angines pour les muqueuses, les infections broncho-pulmonaires pour les organes plus profonds qui guérissent sans traitement.

En second lieu, une preuve plus scientifique peut être tirée des recherches bactériologiques faites sur les érythèmes, à condition que le germe incriminé, streptocoque dans le cas particulier, se trouve dans les lésions, ne se trouve pas chez le même enfant en dehors des lésions, ne se trouve pas sur les enfants non atteints d'érythèmes. Nous avons réalisé ce programme.

Il faudrait, en outre, montrer par l'inoculation, la possibilité de reproduire ces érythèmes sur des enfants, ce qui n'est pas acceptable, ni sur des animaux, ce qui offre des possibilités de causes d'erreurs telles que nous n'en avons pas tenté l'essai.

Il aurait été intéressant, en outre, de rechercher si les cultures de streptocoques obtenues avaient une virulence particulière, atténuée sans doute, puisque le streptocoque a des spécialisations telles qu'il est à la fois l'un des agents pathogènes les plus dangereux dans les septicémies, les érysipèles, la puerpéralité, les plus bénins dans les impétigos. Les moyens, le temps, l'expérience aussi nous ont fait défaut pour réaliser cette étude vers laquelle nous dirigeait M. le professeur Petges.

Sans doute, ce travail n'arrivera-t-il pas à élucider complètement un problème aussi délicat que celui que nous venons de poser dans les grandes lignes ; du moins constituera-t-il un appel à des recherches analogues qui auront l'avantage de mobiliser une question qui se trouve à un point mort étiologique, pathogénique et thérapeutique avec les conceptions classiques.

Les enfants que nous avons examinés ne nous arrivaient pas tous au début de leur dermatose, mais une semaine environ après l'apparition des premiers placards érythémateux.

Certains malades avaient été soignés, mais les insuccès thérapeutiques ou les récides les amenaient à notre consultation.

Traités, comme nous l'avons dit, par une médication locale antiinfectieuse appropriée, la plupart de nos malades ont guéri rapidement en comparaison des autres, non traités ou traités différemment par les méthodes classiques : poudrage au talc, liniment oléo-calcaire, etc.

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur PETGES

Érythème généralisé.

Raymond C..., 1 mois 1/2, 4 kilos, vient à notre consultation le 18 septembre 1922.

Antécédents personnels. — Ni frères, ni sœurs; venu à terme, nourri au sein.

Antécédents héréditaires. — La mère a fait une fausse couche à 7 mois, le père est bien portant.

Histoire de la maladie. — Enfant sale. Au commencement de septembre apparaît une tache rouge en arrière de l'angle du maxillaire inférieur gauche. Cette tache se serait assez rapidement étendue vers le front, la nuque, la partie supérieure du dos. A ce moment, pas de symptômes généraux observés. Dans les jours suivants, apparition d'autres rougeurs à la poitrine, aux fesses, aux cuisses.

L'enfant a un peu de fièvre; son sommeil est troublé par du prurit.

18 septembre 1922. État actuel : Tout le corps présente une couleur rouge accentuée avec, par places, des squames et un suintement discret. Sur le front, jusqu'à 1 centimètre environ de la racine des sourcils, suinte une sérosité de couleur ambrée, concrétée par places en croûtes jaunes.

La rougeur est plus intense au niveau des plis inguinaux. La « bordure » de cet érythème présente une limite nette, comme une

auréole, plus colorée que le reste de l'éruption. De-ci, de-là, de petites zones nummulaires ont un aspect eczématiforme avec quelques érosions lenticulaires suintantes, contrastant avec l'aspect rouge, vernissé, de l'ensemble de l'érythème, qui présente aussi, par places, des zones de desquamation. Les faces antérieures et latérales des cuisses sont d'un rouge foncé avec un épiderme craquelé et squameux.

Ces squames sont de dimensions variées, fines, de couleur parcheminée. Elles se laissent facilement enlever à la pince.

Au niveau des fesses, l'érythème présente un maximum d'intensité; on y trouve un peu de suintement et des squames analogues à celles décrites plus haut.

Pas de symptômes généraux; quelques petits ganglions angulo-maxillaires, surtout notables à gauche; pas de ganglions axillaires ni inguinaux.

25 septembre : L'enfant revient après quelques jours de traitement (lavages à l'eau Alibour au tiers, application de pommades à l'acide salicylique. Il est très amélioré. Il n'existe plus de suintement. L'épiderme présente une teinte rosée qui persistera une semaine. Le traitement est continué pendant deux jours, puis on prescrit des applications de crème à l'oxyde de zinc.

29 septembre : L'enfant est guéri.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — Ensemencement vers 11 heures sur bouillon et gélose du contenu des vésicules.

a) *19 septembre 1922* : Dans l'extrémité effilée de la pipette, dépôt blanchâtre composé de streptocoques prenant mal le Gram.

Les chaînettes sont composées de plusieurs éléments, dix au plus, et forment par places des amas assez compacts.

A côté, rares diplocoques du type staphylocoque doré prenant le Gram.

Sur gélose, les colonies sont disposées en trainées nettement limitées, légèrement blanchâtres, d'un diamètre de 1 millimètre environ. Ces colonies contiennent des grappes de petits diplocoques prenant bien le Gram.

A côté, nombreux cocci ne prenant pas le Gram.

Les ensemencements de la sérosité sanguinolente qui s'échappait

après avoir gratté l'épiderme à la curette stérilisée ont donné à peu de chose près les mêmes résultats. Mêmes résultats aussi pour les ensemencements de la bordure de la plaque érythémateuse ;

b) 21 septembre : Les tubes de gélose ont commencé à dégager une odeur caséreuse.

A côté des colonies d'une belle couleur jaune d'or ont poussé d'autres colonies, les unes blanchâtres et deux autres de couleur brun-chocolat.

Cette dernière contient des bacilles prenant le Gram.

OBSERVATION II (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur PETGES.

Érythème du cou et du dos chez un enfant atteint de streptococcie périnariaire.

Serge L..., 10 ans.

Antécédents personnels. — A été nourri au sein, a eu la plupart des maladies de l'enfance : coqueluche, rougeole, oreillons.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Histoire de la maladie. — Vient de Cap-Breton. A présenté, il y a quinze jours environ, une plaque rouge autour des narines. Cette plaque envahit bientôt toute la face.

Des pommades furent prescrites sans autre résultat que d'irriter les lésions. L'enfant grattait fréquemment son visage. Pas de signes généraux.

20 septembre 1922 : L'érythème s'est étendu au cou, à la poitrine et au dos.

27 septembre : État actuel : Lésions étendues de la face, des parties supérieures du thorax et du dos.

Presque toute la face, sauf quelques rares îlots au niveau du menton, est le siège d'un érythème infiltré, recouvert d'une nappe mince de squames et de croûtelles. Par places, suinte un liquide louche produit par de petites vésico-pustules. La partie située en avant de l'oreille droite et l'oreille droite elle-même sont envahies, mais seulement par l'érythème, sans érosions ni pustules.

On observe quelques ganglions angulo-maxillaires. L'épaule droite et la partie supérieure du dos sont envahies par l'érythème. Le bord inférieur de cette plaque présente une courbure assez nette et descend jusqu'à 3 centimètres environ au-dessous de l'angle des omoplates. Cette bordure inférieure ne présente aucun bourrelet.

De cette plaque, où l'épiderme est macéré par place, suinte discrètement une sérosité opaline qui donne un aspect luisant et vernissé à la surface érythémateuse. Il se produit aussi une desquamation fine. On prescrit un traitement le même jour : lavages à l'eau d'Alibour diluée et applications de pommades à l'acide salicylique.

2 octobre : L'enfant revient amélioré.

L'épiderme est rosé et souple. On prescrit une crème à l'oxyde de zinc (crème de Vienne sans borate de soude).

5 octobre : Guérison parfaite.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — Ensemencement : A l'entrée, le 27 septembre 1922, à 11 heures, dans l'extrémité effilée de la pipette, on voit un nuage blanchâtre très apparent contenant de nombreux streptocoques en chaînettes de huit à dix éléments au plus et prenant parfaitement bien le Gram. Nombreux diplocoques, type staphylocoque doré, dont les uns prennent le Gram et les autres ne le prennent pas.

Sur gélose : Nombreuses colonies blanchâtres les premiers jours avec d'autres colonies d'un beau jaune d'or contenant de nombreux staphylocoques dorés prenant bien le Gram.

Nombreux cocci ne prenant pas le Gram.

Les jours suivants, les tubes de gélose dégagent une odeur caséuse. Les cultures précédentes sont assez rapidement envahies par une culture blanchâtre donnant l'aspect d'un voile, formant des élevures par places et contenant des bacilles prenant le Gram.

2 octobre : Ensemencements dans pipettes stérilisées : Rien ne pousse.

Sur gélose : Colonies de staphylocoques prenant le Gram. Nombreux bacilles prenant le Gram.

5 octobre : Ensemencements négatifs en pipettes.

Nous avons cité cette observation d'un enfant de dix ans présentant un érythème du thorax du type des érythèmes fessiers consécutif à un impétigo périnariaire. L'évolution de cet érythème nous a paru intéressante à signaler.

OBSERVATION III (personnelle).

Service de M. le professeur PETGES.

Érythème fessier chronique récidivant. Atrepsie.

Marguerite A..., 2 mois, 2 kil. 500.

Antécédents personnels. — Née avant terme, 7 mois 1/2. Nourrie au sein, pas de troubles gastro-intestinaux.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Histoire de la maladie. — La mère ne donne pas de précisions sur le début de la dermatose.

Il y a plus d'un mois, elle aurait constaté des rougeurs autour des cuisses, aux fesses et au niveau de l'abdomen ; elles auraient envahi rapidement le tronc.

L'enfant continuait à prendre le sein normalement et son état général ne paraissait pas affecté.

La mère remarquait seulement que l'enfant se réveillait beaucoup plus souvent la nuit.

Des poudres et pommades variées furent prescrites, mais la dermatose s'étendait progressivement.

10 octobre 1922 : État actuel, enfant chétif. Les jambes et les bras ont une couleur rouge brune.

Au niveau des cuisses et des avant-bras, on remarque de larges squames recouvrant un épiderme irrité, érythémateux, saignant facilement.

Au niveau de l'abdomen, la peau est rouge, luisante, vernissée. Par places, un peu de sérosité, qui se concrète en formant des croûtes, suinte discrètement.

Au niveau des plis inguinaux et des fesses, rougeur intense. L'épi-

derme y est « macéré » avec un mélange de sérosité, de squames et de croûtelles.

Le cou et la face sont légèrement rosés. On commence par désinfecter les lésions au moyen d'une solution faible de sulfate de cuivre et de zinc (une cuillerée à café de la solution habituelle par verre d'eau bouillie) et on applique une pommade à l'acide salicylique.

L'enfant supporte bien les lavages.

13 octobre : L'érythème est encore marqué, surtout sur l'abdomen et les fesses. La dose est augmentée (deux cuillerées à café par verre d'eau bouillie de la solution précédente).

16 octobre : On prescrit des applications de liniment oléo-calcaire.

19 octobre : L'enfant va mieux. On reprend les lavages avec la solution précédente, aux mêmes doses.

23 octobre : On n'a plus de nouvelles de l'enfant jusqu'en décembre 1922, moment où elle revient à la consultation pour récurrence de l'érythème.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — a) Ensemencements après prélèvements à la pipette stérilisée de la sérosité louche suintant au niveau de l'abdomen et des plis inguinaux.

Examen sur gélose : Nombreuses colonies arrondies, brillantes, humides, translucides prenant bientôt une teinte jaunâtre et comprenant de nombreux staphylocoques dorés prenant bien le Gram.

Examen sur bouillon (pipettes stérilisées) : Nombreux staphylocoques prenant le Gram. On ne trouve pas de chaînettes streptococciques.

b) 12 octobre : Ensemencements de la sérosité s'échappant après avoir soigneusement gratté l'épiderme à la curette stérilisée :

1° Sur pipette : Quelques rares chaînettes streptococciques prenant mal le Gram;

2° Sur gélose : Examen vingt-quatre heures après : Nombreux diplocoques en grappes (type staphylocoque doré) ne prenant pas le Gram. Quelques cocci ne prenant pas le Gram.

c) 16 octobre : D'autres ensemencements ont donné des résultats à peu près identiques. Des ensemencements effectués au niveau de la peau saine n'ont donné aucune culture streptococcique.

15 décembre : L'enfant est ramenée à la consultation. La mère, obligée de partir à Toulouse, n'avait pu instituer un traitement régulier.

L'érythème est de nouveau marqué ; les jambes et les fesses sont rouges, suintantes, de même que les plis inguinaux.

De plus, l'enfant est maigre et a de la diarrhée.

On prescrit du citrate de soude (solution à 1 p. 100 : une cuillerée à café avant les tétées).

21 décembre : Poids : 2 kil. 900.

L'enfant a une figure émaciée, ridée et présente un aspect athrepsique.

On la dirige sur la consultation de médecine générale.

Le docteur Boissérie-Lacroix réglemente les tétées de l'enfant (toutes les deux heures et demie).

L'érythème est toujours marqué.

Depuis ce jour, l'enfant n'est plus revenue à la consultation.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — 15 décembre : Les cultures sur gélose ont donné de nombreuses colonies de staphylocoques et de cocci prenant le Gram.

En pipettes : Nombreuses chainettes streptococciques prenant le Gram.

OBSERVATION IV (personnelle).

Service de M. le professeur PETGES.

Érythème étendu avec point de départ périnariaire.

André G..., 1 mois, 3 kil. 500.

Amené à la consultation le 16 octobre 1922.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein, pas de troubles gastro-intestinaux.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Histoire de la maladie. — Il y a sept jours environ, une plaque rouge apparaît à la racine de l'aile droite du nez, grande comme une pièce de 0 fr. 50 environ. Elle prend de l'extension et recouvre bientôt le menton, les joues, le front.

La mère applique d'elle-même des compresses trempées dans une solution d'eau phéniquée faible sans amélioration, mais, au contraire, la plaque gagne le thorax et l'abdomen ; il existe un prurit vif et les lésions saignent facilement sous l'influence du grattage.

16 octobre 1922 : État actuel : L'érythème est surtout marqué à la face, l'abdomen et les fesses.

Sur la face, on note de petites érosions punctiformes, miliaires, avec des lambeaux d'épiderme luisant dans l'intervalle.

Quelques petits ganglions angulo-maxillaires sont perceptibles des deux côtés.

L'abdomen, les flancs, la face antérieure des cuisses sont rouges. Autour de l'ombilic, l'épiderme est plissé. L'érythème est surtout intense au niveau des plis inguinaux.

Sur les flancs, l'épiderme est desquamé par places. Ces squames sont petites et irrégulières, adhèrent modérément au derme sous-jacent et se laissent facilement détacher à la pince.

Le bord supérieur de ce placard d'érythème, assez nettement marqué à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, est intéressant à divers points de vue. Sa forme générale est une courbure à concavité tournée vers l'ombilic. Cette bordure, dit la mère, a gagné de plusieurs centimètres en quatre ou cinq jours. Elle est assez nette et se différencie facilement de la peau saine située au-dessus.

Au toucher, elle donne l'impression d'être légèrement surélevée et elle descend en pente douce vers la peau saine dont elle se différencie nettement par sa couleur rouge assez marquée.

Au niveau des fesses, l'épiderme rappelle assez bien les caractères que nous avons décrits à propos de l'abdomen. La rougeur est marquée et entretenue par la souillure des matières fécales.

Au niveau des cuisses, l'épiderme est rugueux et on peut détacher de larges écailles épidermiques, laissant à nu un derme saignant facilement.

On prescrit le traitement désinfectant suivant : une cuillerée à soupe de la solution :

SO ² Cu.....	15
SO ² Zn.....	15
Eau.....	300

dans un verre d'eau bouillie.

Appliquer ensuite une pommade à l'acide salicylique.

19 octobre : L'ensemble des lésions est très amélioré. Il persiste encore quelques croûtes, mais l'épiderme présente une teinte rosée et le suintement a diminué. On continue le même traitement.

23 octobre : L'épiderme est souple, à peine rosé.

26 octobre : L'enfant revient. Aucune trace d'érythème.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — a) 16 octobre, 11 heures : Ensemencements de la bordure du placard d'érythème, partie abdominale.

Dans l'extrémité effilée de la pipette se développe un dépôt blanchâtre assez abondant qui contient de nombreux streptocoques. Ces streptocoques se présentent sous forme de chaînettes ayant de cinq à vingt éléments au plus, prenant parfaitement le Gram.

On y distingue aussi des staphylocoques dorés prenant le Gram.

Sur gélose : Plusieurs plaques blanches et jaunes, légèrement surélevées, contenant des staphylocoques prenant le Gram.

Prélèvement de la sérosité au niveau de l'abdomen et des plis inguinaux :

Les cultures en pipette et sur gélose nous ont donné de même des streptocoques et staphylocoques prenant le Gram, des cocci ne prenant pas le Gram et des bacilles prenant le Gram et d'autres ne le prenant pas.

b) 19 octobre : Les tubes de gélose ont dégagé une odeur caséeuse, les cultures se couvrent d'une autre culture blanchâtre qui se soulève par places et qui contient de nombreux bacilles ne prenant pas le Gram.

c) 23 octobre : Mêmes résultats pour les tubes de gélose. Pas de cultures en pipette.

d) Pas de cultures avec des produits prélevés au niveau de la peau saine éloignée de la dermatose.

OBSERVATION V (personnelle).

Prise au dispensaire de la rue Courpon. Service du docteur BOISSERIE-LACROIX.

Érythème généralisé.

Rolland R..., 2 mois, poids : 2 kil. 845.

Antécédents personnels. — Né à 8 mois, nourri au sein, a présenté depuis deux semaines des troubles gastro-intestinaux et de la diarrhée.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère en bonne santé, n'a pas fait de fausses couches.

Histoire de la maladie. — L'enfant est suivi au point de vue de l'allaitement par le docteur Boissérie-Lacroix. L'affection a commencé il y a plus d'un mois (premiers jours d'octobre). La mère, en nettoyant un matin son enfant, aperçoit une plaque rouge au niveau de la pommette gauche.

Cette plaque, de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 environ, prend une extension rapide dans les jours suivants.

Elle gagne bientôt l'oreille du même côté, le dessous du nez, la joue opposée, le dos, la poitrine, mais respecte le pourtour des lèvres.

Dix jours après, tout l'abdomen et les membres inférieurs sont rouges. L'enfant crie constamment et il semble à la mère qu'il a un peu de température.

Le docteur Boissérie-Lacroix ordonne alors l'application d'un liniment oléo-calcaire.

Dans les cinq jours suivants, c'est-à-dire vingt jours environ après le début de la dermatose, la rougeur s'atténue légèrement ; mais vers le sixième ou le septième jour, il se produit une nouvelle poussée d'érythème avec large desquamation épidermique, surtout marquée au niveau de l'abdomen et des membres inférieurs.

C'est vers cette période que l'enfant nous est présenté.

EXAMEN CLINIQUE. — 23 novembre 1922 : L'érythème est surtout marqué au niveau de l'abdomen et sur les membres inférieurs.

C'est au niveau de la plante des pieds, de la face interne des cuisses et des fesses que la rougeur est surtout vive.

La face, où la dermatose a débuté, ne présente plus qu'une teinte rosée légère.

Au niveau de l'abdomen, rougeur vive, en nappe; on note du suintement par places avec de petites vésico-pustules disséminées et ne dépassant pas la grosseur d'un petit grain de mil.

De certaines de ces vésicules s'échappe un liquide clair ou louche.

Quelques croûtes sont disséminées par places, mais la plus grande partie de la plaque est excoriée et suintante.

Sur les flancs, on observe une légère desquamation en lamelles fines et jaunâtres.

23 novembre : On continue les applications de liniment oléo-calcaire.

30 novembre : L'état général de l'enfant est stationnaire. La rougeur est aussi vive et le suintement peut-être plus marqué.

7 décembre : L'enfant maigrit : 2 kil. 690. La dermatose gagne par places. La rougeur et le suintement persistent. Les applications de liniment oléo-calcaire sont continuées.

15 décembre : État stationnaire.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — *24 novembre* : Dès le lendemain, sur gélose, ont poussé des colonies nombreuses, grisâtres, contenant de nombreux staphylocoques. Ces staphylocoques ont tous pris parfaitement bien le Gram.

Certains se présentent sous la forme de deux petits grains séparés par un léger intervalle clair.

A côté de ces staphylocoques, on aperçoit de nombreux cocci à peu près de grandeur identique et mêlés quelquefois aux précédents; ces derniers ne prennent pas le Gram.

Dans les pipettes, où le bouillon est devenu trouble, nombreux dépôts blanchâtres.

A l'examen microscopique, ces dépôts contiennent des chaînettes de cocci relativement courtes; les plus grandes ne dépassent jamais huit à dix éléments.

Elles sont bien distinctes les unes des autres, rarement enche-

vêtrées, et les cocci qui les constituent méritent de retenir l'attention.

Ils sont oblongs, ressemblant à de petits citrons; beaucoup plus petits que les cocci formant les grappes staphylococciques, présentent eux aussi une structure fréquentée en diplocoque avec un intervalle clair les séparant, et cet intervalle est presque toujours dirigé parallèlement à la direction de la chaînette.

Une première coloration nous les montra ne prenant pas le Gram.

Sur une deuxième lame, au contraire, et avec un temps de décoloration à l'alcool moindre, ils prennent bien le Gram.

A côté, nombreux cocci légèrement plus grands ne prenant jamais le Gram. Quelques bacilles ne prenant pas le Gram.

Nous avonsensemencé sur milieu de Sacquepée (Voir Étude bactériologique) le contenu de nos pipettes dont les chaînettes streptococciques prenaient si irrégulièrement le Gram.

Au bout de trois heures d'étuve, nous avons de belles chaînettes longues de quinze à vingt éléments et prenant *toujours* le Gram.

Un streptocoque témoin donna les mêmes chaînettes après cinq heures d'étuve.

Sur gélose au sang : Hémolyse complète; hémolyse un peu moins marquée pour le streptocoque témoin. Le contenu de certaines pipettes ensemencées sur bouillon à la bile, ne nous ont donné aucune culture streptococcique.

OBSERVATION VI (personnelle).

Service de M. le professeur PETGES.

Érythème en plaques disséminées sur tout le corps.

Émilienne G..., 2 mois 1/2, poids : 4 kil. 600.

Vient, le 7 décembre 1922, à la consultation de M. le professeur Petges, parce que, dit la mère, elle a un « eczéma. » tenace et des rougeurs disséminées.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant; la mère n'a jamais fait de fausse couche.

Antécédents personnels. — Née à terme dans de bonnes conditions,

jamais malade, nourrie au sein (alimentation bien réglée), pas de troubles gastro-intestinaux.

Histoire de la maladie. — L'enfant présente, depuis le 15 novembre 1922, des placards rouges sur le corps et la tête, autour des yeux et sur les membres inférieurs. La mère dit, mais sans l'affirmer, que le début de ces placards a été observé autour des narines.

L'affection a été traitée. Un médecin consulté pense à un « eczéma », règle minutieusement les tétées de l'enfant, règle l'alimentation de la mère, supprimant les mets épicés, les lentilles, les salaisons, applique une crème sur les lésions.

Aucun résultat. Les placards s'étendent, semblent s'améliorer certains jours, récidivent le lendemain. La mère nous amène l'enfant, le 7 décembre 1922, en désespoir de cause.

ÉTAT ACTUEL. — 7 décembre 1922 : La mère dit que la rougeur a été plus forte au niveau du tronc et de la face.

Au niveau de la face, on ne distingue, en effet, que de petits placards à peine rosés avec une légère desquamation. Les replis des ailes du nez, le derrière des oreilles seuls sont un peu plus rouges ; il y a même un léger suintement derrière l'oreille gauche.

Au niveau du tronc, petits placards d'un rouge discret avec, par endroits, une desquamation légère.

Les plis des deux avant-bras sont rouges suintants.

C'est surtout au niveau des deux membres inférieurs que l'érythème est intense.

Cet érythème recouvre la face interne des deux cuissés, la face interne des jambes jusqu'au niveau des malléoles.

Sa forme rappelle topographiquement la doublure que portent les culottes des cavaliers à la face interne des cuisses et destinée à renforcer la solidité de l'étoffe.

Au niveau des fesses, vastes placards rouges, surtout marqués au niveau des plis.

Sur toutes ces régions, l'épiderme est rouge, luisant, laisse écouler par places une sérosité opaline. Aucun trouble général noté par la mère. Pas de fièvre ni de ganglions.

11 décembre : Les lésions sont nettement améliorées.

L'érythème est moins vif. La surface des lésions est plus sèche.

Elle n'est plus suintante et donne au doigt une impression de sécheresse.

Disséminées sur tout le corps, il existe de petites papules, grosses comme une tête d'épingle, donnant un aspect chagriné à l'érythème. Le traitement est continué (deux cuillerées à café de la solution cuprique) et poudrage au talc salicylé.

14 décembre : Il persiste encore une rougeur légère aux places où l'érythème était rouge vif il y a une semaine à peine. Même traitement, en mettant une cuillerée à soupe de la solution cuprique par verre d'eau bouillie.

18 décembre : La rougeur autour des fesses et des cuisses a disparu. Il persiste une légère rougeur autour des malléoles, mais à peine marquée. On continue les lavages avec la solution de sulfate de cuivre en mettant une cuillerée à soupe de la solution par verre d'eau bouillie et on poudre ensuite les lésions au talc salicylé.

20 décembre : L'enfant peut être considéré comme guéri.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — *7 décembre* : Les tubes de gélose ont donné de belles colonies de staphylocoques dorés prenant bien le Gram et semblables à toutes les cultures de staphylocoques rencontrées jusqu'ici.

Nombreux cocci ne prenant pas le Gram et voisinant avec les grappes staphylococciques vues plus haut.

En pipette : chaînettes streptococciques prenant le Gram.

Quelques staphylocoques.

11 décembre : D'autres ensemencements ont donné des résultats à peu près identiques aux précédents.

Des ensemencements ont été faits en prélevant sur des parties de peau saine (face antérieure des bras et du cou) des produits de grattage et le suintement qui s'échappait.

Plusieurs pipettes ensemencées n'ont donné aucune culture streptococcique.

Deux pipettes ensemencées en prélevant assez près des lésions ont donné des chaînettes de streptocoques.

18 décembre : Mêmes résultats que précédemment.

OBSERVATION VII (personnelle).

Prise dans le service de M. le professeur Moussous.

Érythème papulo érosif des fesses et des membres inférieurs. Athrepsie et mort.

Raymond B..., 1 mois. Poids : 7 liv. 1/2.

Enfant mis en nourrice dès sa naissance, venu à terme.

Antécédents héréditaires. — R. W. de la mère positif moyen (professeur Dupérié).

Il est amené le 15 décembre 1922, rentre à l'hôpital, et à partir de ce jour est nourri au lait de vache.

Il présente un érythème particulièrement marqué aux membres inférieurs, aux fesses et aux plis inguinaux.

L'affection a débuté, il y a quinze jours environ, par un placard érythémateux couvrant les fesses et étendu rapidement aux membres inférieurs dans les jours suivants.

15 décembre 1922 : État actuel : Enfant grognon, chétif, présente un érythème rouge vif depuis les plis inguinaux jusqu'au talon et ayant grossièrement la forme d'une doublure de culotte de cavalier (ressemblance avec l'observation précédente) couvrant assez bien la face interne des deux cuisses et des deux jambes.

La plante des pieds de même que leur face interne est rouge vif.

Au niveau des deux talons, on note deux ulcérations grandes comme une pièce de 0 fr. 50 avec du pus par endroits. Tout ce placard érythémateux est suintant et sa bordure, nettement marquée, desquame par larges lambeaux épidermiques qu'on peut facilement arracher à la pince.

Au niveau des fesses, la rougeur est intense avec, par places, du pus mêlé à des matières fécales. On note quelques placards de grandeur variable, mais ne dépassant pas la superficie d'une pièce de 2 francs, en dehors de ce placard décrit primitivement et siégeant sur l'abdomen, les flancs et la face externe des cuisses.

Traitement. — Une cuillerée à café de la solution cuprique par verre d'eau bouillie et pommade à l'acide salicylique.

18 décembre : État stationnaire. Poids : 3 kil. 650.

21 décembre : Les lésions sont nettement améliorées. Si on promène le doigt à la surface de l'érythème, on a une sensation de sécheresse qui n'existait pas auparavant. Les ulcérations nécrotiques des talons vont beaucoup mieux. Même traitement. Poids : 3 kil. 740.

27 décembre : L'épiderme est devenu suintant de nouveau et très rouge. Les deux ulcérations des talons vont mieux.

L'enfant diminue de poids. Poids : 3 kil. 590.

3 janvier 1923 : En présence de l'irritation, le professeur Mous-sous conseille des applications de liniment oléo-calcaire.

L'ulcération du talon gauche est guérie, celle du talon droit est grande à peu près comme une lentille. Jamais aucun trouble gastro-intestinal n'a été noté.

15 janvier : Poids : 3 kil. 200. L'enfant maigrit, devient athrepsique; ses ailes du nez sont animées de battements rapides. Le facies est pâle, émacié; on fait de petites frictions avec gros comme un pois d'onguent mercuriel.

L'érythème est à peine marqué. Les ulcérations des deux talons sont cicatrisées.

On fait des injections de sérum antipneumococcique (10 cc.).

20 janvier : Poids : 3 kil. 200.

L'enfant présente tous les signes d'une broncho-pneumonie.

22 janvier : L'enfant meurt.

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE. — *15 décembre 1922* : Ensemencements : Culture de la sérosité au niveau de l'érythème (cuisses, jambes, fesses et plis inguinaux), staphylocoques sur gélose et streptocoques prenant le Gram en pipettes.

18 décembre : Mêmes résultats. Cinq pipettes ensemencées avec des produits de peau saine périphérique n'ont pas donné de cultures streptococciques.

3 janvier 1923 : Sur cinq pipettes ensemencées au niveau de l'érythème, deux seulement ont donné des chaînettes streptococciques. Les tubes de gélose ont donné de belles cultures de staphylocoques dorés prenant le Gram et des bacilles prenant eux aussi le Gram.

10 janvier : Pas de cultures streptococciques au niveau de la peau saine.

A côté de ces quelques observations d'enfants porteurs d'érythèmes fessiers ou du type des érythèmes fessiers, bien différents des impétigos ou des eczémas, chez lesquels nous avons toujours trouvé du streptocoque associé à d'autres microbes au niveau des lésions alors que nous n'en trouvions que quelquefois seulement au niveau de leur peau saine, nous avons pris 10 enfants témoins.

Ces enfants, sans lésion apparente du tronc et des membres, étaient soignés dans les services des docteurs Petges et Rocaz et nous avons fait des prélèvements multiples et identiques au niveau des membres, du thorax et des plis de flexion, et desensemencements en pipettes.

Les cultures streptococciques seules nous intéressaient.

Service du docteur Petges.

OBSERVATION VIII

André G..., 9 ans.

Entré, le 10 décembre 1922, pour favus du cuir chevelu.

Ensemencements négatifs.

OBSERVATION IX

Marcel Ch..., 12 ans.

Favus du cuir chevelu. Entré le 30 octobre 1922.

Ensemencements négatifs.

OBSERVATION X

M. T... entre, le 30 octobre 1922, pour teigne du cuir chevelu (microsporie).

Ensemencements négatifs.

OBSERVATION XI

Jean S..., 7 ans. Entré, le 15 juin 1922, pour favus du cuir chevelu.

Ensemencements négatifs.

OBSERVATION XII

Paul D..., 6 ans 1/2. Teigne du cuir chevelu. Entré le 15 juin 1922.

Deux pipettesensemencées avec des produits de raclage prélevés au niveau des plis inguinaux ont donné quelques rares chainettes streptococciques courtes (trois à quatre éléments).

OBSERVATION XIII

Carmen O..., 8 ans 1/2, entrée, le 22 octobre 1922, pour teigne du cuir chevelu.

Une pipette sur sixensemencée avec des produits prélevés sur l'abdomen a donné des petites chainettes streptococciques identiques aux précédentes.

OBSERVATION XIV

André L..., 3 ans 1/2, entre, le 23 octobre 1922, pour teigne du cuir chevelu.

Ensemencements négatifs.

Service du docteur Rocaz.

OBSERVATION XV

Carmen-D. H..., 7 ans.

Deux pipettesensemencées avec des produits prélevés au niveau des plis inguinaux ont donné des chainettes courtes et fines. Les autres n'ont donné aucune culture.

OBSERVATION XVI

Adrienne D..., 7 ans, entrée, le 3 janvier 1922 (adénopathie trachéo-bronchique).

Ensemencements négatifs.

CHAPITRE V

Etude bactériologique.

Nos recherches bactériologiques ont été faites dans le laboratoire de l'Hôpital des Enfants dirigé par M. le professeur agrégé Dupérié.

Pour pouvoir interpréter les résultats obtenus au cours de nos recherches, il nous a paru indispensable d'employer une méthode à peu près identique d'un sujet à l'autre.

Les enfants que nous avons observés n'arrivaient pas tous au début de leur affection cutanée.

Sauf le nommé A. G... (Obs. IV), que nous avons pu suivre presque depuis le début de sa maladie, les autres enfants nous étaient amenés quinze, vingt, quelquefois trente jours après les premiers symptômes qui avaient marqué le début de leur dermatose, avec souvent des lésions surajoutées d'impétigo ou d'eczéma.

En règle générale, nous avons multiplié les prélèvements au niveau des placards érythémateux.

Nous avons fait des prélèvements d'abord au niveau des zones où l'infection avait débuté (d'après ce que nous racontaient les parents).

Nous avons ensuite fait des prélèvements au niveau des zones le plus récemment envahies.

Nous avonsensemencé le contenu séreux ou séro-purulent des vésicules rencontrées en perforant leur toit épidermique à la pipette stérilisée.

Nous avonsensemencé aussi le magma purulent adhérent au

corps muqueux de Malpighi après avoir détaché les croûtelles épidermiques qui le recouvraient.

Nous n'avons pas négligé non plus d'ensemencer les squames ou la poussière des squames détachées à la pince stérilisée non plus que la sérosité sanguinolente qui s'échappait après avoir gratté légèrement l'épiderme à la curette stérilisée.

Lesensemencements ont été faits sur bouillon et sur gélose et nous avons renouvelé les examens jusqu'à la guérison des malades.

Ensemencements sur gélose. — Nosensemencements sur milieu solide ont été faits sur gélose ordinaire solidifiée en tubes légèrement inclinés.

Les cultures staphylococciques ont rapidement poussé sur ce milieu de choix au détriment des autres.

Pour la recherche des streptocoques, nous avons employé un milieu liquide grossièrement anaérobie, comme l'indique Sabouraud, le streptocoque se développant mieux dans un tel milieu.

« On aspire dans l'effilure d'une pipette une gouttelette du liquide, puis 1 ou 2 cc. de bouillon. La pipette est alors renversée horizontalement; son contenu s'éloigne légèrement de la pointe qui est fermée au moyen de la flamme en veilleuse du bec Bunsen. Dans la colonne liquide contenue dans l'effilure de la pipette, la culture se trouve grossièrement anaérobie ».

Les tubes et les pipettes ont été mis à l'étuve, maintenus à une température uniforme de 37 degrés et examinés vingt-quatre heures après environ.

Nous avons employé, pour séparer les différents microbes, la méthode de Gram et nous avons suivi la technique suivante :

Après coloration au cristal violet (filtré à cause du dépôt qu'il occasionne) pendant quarante-cinq secondes, la préparation est mordancée pendant trois fois quarante-cinq secondes avec la solution de Lugol :

Iodure de potassium.....	2 grammes.
Iode.....	4 »
Eau	200 »

jusqu'à ce que la préparation se colore en noir.

On lave ensuite à plusieurs reprises dans l'alcool absolu jusqu'à décoloration.

Après lavage à l'eau distillée, la préparation est colorée avec une solution d'éosine au centième pendant quarante-cinq secondes.

On examine ensuite au microscope avec l'objectif à immersion (1/12 obj. immersion).

Microbes rencontrés.

A. Staphylocoque. — C'est celui que nous avons trouvé le plus aisément au cours de nos recherches.

La gélose étant un milieu de culture de choix, on constate, vers la dixième heure d'étuve à 37 degrés, des colonies qui, au bout de vingt-quatre heures, forment déjà une plaque légèrement bombée, blanche ou jaunâtre.

Examinés au microscope, ces staphylocoques ont *toujours* pris le Gram.

Ils se présentaient sous la forme d'un coccus toujours rond.

Ces cocci étaient groupés en grappes de raisin contenant un nombre variable d'éléments, huit à quinze en moyenne, quelquefois plus.

Autour de ces grappes étaient des éléments isolés ou groupés par deux ou trois en petites chaînettes.

Souvent, d'un angle d'une de ces grappes, d'aspect triangulaire, s'échappait une chaînette composée de trois à cinq éléments de ces mêmes cocci.

Il nous est arrivé parfois, à cause d'une coloration moins intense, d'observer une structure de ces staphylocoques en diplocoques, séparés par une petite bande plus claire, mais il ne nous a pas semblé qu'on observait cette structure d'une façon constante.

C'est surtout la variété *st. aureus* qui a été rencontrée. La variété *albus*, *citreus* a été rencontrée aussi. Nous les avons facilement réensemencés et séparés.

Si le staphylocoque se développe bien sur gélose, il se déve-

loppe beaucoup moins bien en pipette et les colonies que nous avons pu observer par ce dernier moyen prenaient irrégulièrement le Gram.

Tous les tubes ont dégagé dès le deuxième jour une odeur caséuse marquée.

B. Streptocoque. — Sa recherche est difficile : ce sont les cultures en pipettes qui ont permis (le milieu étant grossièrement anaérobie) de rechercher avec le plus de facilité le streptocoque.

Après avoir brisé l'extrémité effilée de la pipette, on recueille sur lame le léger nuage blanchâtre qui flotte dans la lumière du tube.

Les chaînettes qu'on peut examiner alors sont très variables et comme aspect et comme composition.

Nous les avons rarement trouvées composées de plus de dix éléments. Ces éléments étaient des cocci beaucoup plus petits que les cocci des staphylocoques ayant parfois l'aspect d'un diplocoque ou prenant un aspect allongé, en forme de citron.

Ces chaînettes étaient flexueuses, peu nombreuses, rarement amassées et prenant d'une manière très variable le Gram (d'après le temps de décoloration variable).

Le contenu d'un même tube (Obs. V) examiné après un temps de décoloration à l'alcool sensiblement plus long donnait des chaînettes ayant pris le Gram sur une préparation et ne l'ayant pas pris sur l'autre.

Nous n'avons jamais rencontré de cultures streptococciques sur gélose.

L'étude de ce streptocoque a été poussée plus loin et nous avons cherché à nous entourer de quelques garanties en présence de ces chaînettes et à savoir si elles présentaient les caractères généraux des chaînettes streptococciques.

Nous avons emprunté à L. Ramond et Ch. Vergelot (1) la composition d'un milieu de choix pour la culture du streptocoque. Ce milieu a été préparé par M. le professeur agrégé Dupérié.

(1) Société médicale des hôpitaux du 8 février 1918.

Choix du milieu.

Bouillon de Sacquepée à l'albumine à la soude; mêler une partie pour quatre parties de bouillon ordinaire. Le streptocoque y pousse, soit en trois heures, presque toujours en six heures et en chaînettes.

Préparation des milieux.

I. Bouillon ordinaire en tubes stérilisés.

II. Albumine à la soude de Sacquepée; mélanger peu à peu un volume d'albumine d'œuf à trois volumes d'eau distillée.

Agiter constamment sans mousse : à 1.000 cc., ajouter 5 cc. de soude à 10 p. 100. Répartir. Stériliser à 110 degrés pendant vingt minutes.

Le milieu doit être limpide, couleur jaune paille.

III. Bouillon Sacquepée composé de :

Bouillon ordinaire.....	4 parties.
Albumine à la soude.....	1 partie.

Préparer aseptiquement en ajoutant au bouillon le quart de son contenu d'albumine avec une pipette stérilisée.

Répartir en petits tubes stérilisés (à hémolyse).

Ensemencer largement.

Examen positif en trois heures, six heures ou vingt-quatre heures au plus.

L'examen précoce a de la valeur, puisque seul le streptocoque pousse aussi vite.

Nous avonsensemencé dans de petits tubes contenant le bouillon de Sacquepée décrit plus haut le contenu de certaines de nos pipettes prises au hasard.

Au bout de trois heures exactement (Obs. V), nous étions en présence de belles chaînettes streptococciques composées de quinze à vingt éléments ou plus prenant toujours le Gram. Un tubé témoin contenant du streptocoque donna lui aussi des chaînettes identiques cinq heures après ensemencement.

Ce milieu de choix nous a donné une expérience concluante.

Nous avons ensemencé ces mêmes streptocoques poussés en pipettes sur gélose au sang pour voir si l'hémolyse se produirait.

Après avoir fait fondre au bain-marie le contenu de deux tubes de gélose, nous avons mélangé à ces deux tubes du sang citraté recueilli aseptiquement chez un enfant sain de 6 ans.

Nous avons étalé cette gélose au sang sur des boîtes de Piétri et nous avons promené à la surface une pipette stérilisée plongée successivement dans les tubes à hémolyse (milieu de Saquepée) où avaient poussé les streptocoques. Dans une boîte de Piétri, nous avons ensemencé le streptocoque témoin.

L'hémolyse s'est *parfaitement produite* dans les boîtes de Piétri où nous avons ensemencé nos streptocoques, un peu moins bien dans celles où poussa le streptocoque témoin. Enfin, tous les streptocoques ensemencés dans du bouillon à la bile n'ont donné aucune culture.

C. Petits cocci à culture blanche. — Au cours de l'ensemencement sur gélose, nous avons constaté, à côté des colonies de staphylocoques, d'autre colonies plus petites, blanches, grisâtres, se développant en général assez rapidement, deux jours environ après la mise des tubes à l'étuve.

Examinées au microscope, ces colonies étaient formées de cocci de même grandeur que les staphylocoques. Ils étaient réunis par grappes plus nombreuses et d'une étendue plus grande que les grappes staphylococciques et voisinaient d'ailleurs avec elles.

Ces cocci n'ont jamais pris le Gram.

Nous en avons trouvé rarement en pipettes où ils ne prenaient pas non plus le Gram.

D. Bacilles. — Nous avons rencontré de nombreux bacilles.

Dès le deuxième jour environ, sur gélose, on aperçoit des colonies grises, bombées, rapidement envahissantes. Ces colonies contiennent des bacilles prenant le Gram (Obs. I, II, VII).

Certains bacilles n'ont pas pris le Gram (Obs. IV). Les tubes de gélose dégageaient, au moment où ces cultures paraissaient florissantes, une odeur caséreuse marquée.

Nous ne pouvons dire s'il y avait un rapport entre ces deux phénomènes qui nous paraissaient dépendants seulement.

Disons, en terminant ce chapitre de bactériologie, que, parallèlement à l'étude et à l'isolement de ces divers microbes, il y aurait eu grand intérêt à inoculer expérimentalement les divers agents rencontrés et particulièrement le streptocoque dont nous parlions plus haut.

Le temps seul ne nous a pas permis de mettre un tel projet à exécution.

Nous le regrettons, car cette deuxième étude, aussi profitable sinon plus que celle que nous avons faite, aurait pu être riche de conséquences.

Disons enfin que nous n'avons jamais obtenu de cultures mycosiques. De nombreux ensemencements sur milieu de Sabouraud ont toujours été négatifs.

CHAPITRE VI

Discussion.

Nos observations nous ont permis d'établir plusieurs faits :

Parmi ces enfants porteurs d'érythèmes, 5 enfants étaient nourris au sein (Obs. I, III, IV, V, VI) et 1 au biberon (Obs. VII) ; c'est classique. Ces érythèmes infantiles survenaient chez des enfants bien portants, sans trouble général noté (Obs. I, IV, VI), guérissaient rapidement avec la médication désinfectante sur laquelle nous ne reviendrons pas ; ils survenaient aussi chez des enfants dont l'état général était précaire (enfants chétifs, malingres) (Obs. III, VII), et alors les insuccès des traitements, soit au sulfate de cuivre (Obs. I, VII), soit au liniment oléocalcaire (Obs. V), étaient notés.

De plus, l'apparition de troubles intestinaux chez ces derniers était, soit antérieure à l'apparition de ces érythèmes (Obs. V), soit postérieure (Obs. III).

Enfin, au niveau de tous ces érythèmes, nous avons toujours trouvé du streptocoque et du staphylocoque associés, et quelquefois, mais pas toujours, des cocci et des bacilles divers.

Au niveau de la peau saine d'enfants porteurs de ces érythèmes, nous n'avons pas trouvé des streptocoques (Obs. III, IV, V, VII). Nous en avons trouvé assez près des lésions (Obs. VI).

Chez 10 enfants témoins à la peau parfaitement saine, nous avons trouvé trois fois seulement (Obs. X, XV, XVI) des streptocoques en faisant de multiples prélèvements et en ensemençant de nombreux endroits de peau saine éloignés les uns des autres après grattage à la curette stérilisée tout comme pour les autres malades.

Enfin, dans 2 cas (Obs. II et IV), les cultures en pipette ne nous ont donné aucun streptocoque, alors que les tubes de gélose ensemencés donnaient de belles cultures de staphylocoques, et ce fait coïncidait curieusement avec la guérison du malade dans les jours suivants.

Voici les faits. Il faut maintenant les interpréter.

Il est très probable que le streptocoque trouvé toujours dans les cultures doit jouer un rôle dans la genèse de certaines de ces dermatoses.

Pour l'affirmer, il aurait fallu le déceler seul, à l'exception de tout autre agent microbien, au début de la dermatose (les enfants ne nous étaient amenés que plusieurs jours après le début de leur affection), ou essayer, expérimentalement, sur des enfants témoins d'obtenir une dermatose identique (l'expérience n'était pas acceptable). Pour notre part, nous n'avons fait qu'isoler et essayer de prouver que c'étaient bien des chaînettes streptococciques en présence desquelles nous nous trouvions et que, si on pouvait en trouver quelquefois sur l'épiderme d'enfants sains ou sur l'épiderme sain d'enfants porteurs d'érythèmes, on en trouvait toujours dans les lésions d'épidermo-dermites.

Des faits peuvent être objectés à cette notion d'infection probable streptococcique à laquelle vient secondairement s'ajouter le staphylocoque. La première objection est la bénignité relative de l'affection par rapport aux autres infections à streptocoques (érysipèle, fièvre puerpérale).

On peut y répondre en disant que la pluralité des streptocoques est chose bien connue ; les streptococcies sèches de la face (Sabouraud), le pityriasis alba, l'impétigo, les pyodermites phlycténulaires, sont liées à cet agent et cependant leur bénignité est notoire.

Il y a des streptocoques et même des parastreptocoques comme il y a des bacilles paratyphiques et, d'ailleurs, l'échec de la sérothérapie antistreptococcique, la difficulté de caractériser les différentes espèces par l'agglutinabilité ou l'action préventive des sérums antistreptococciques en sont une preuve loin d'être négligeable.

Que nous ayons affaire ici à une espèce déterminée, parastreptocoque peut-être, c'est possible et même probable. Nos expériences ne nous ont pas permis d'isoler ce streptocoque de sa trop nombreuse famille.

Le deuxième argument semble avoir une valeur plus grande *a priori*. Cet argument peut être fait surtout par ceux qui connaissent mal la flore de la peau humaine, a dit justement M. Sabouraud :

Le streptocoque existe partout et ce n'est pas une raison parce que vous le trouvez dans une lésion pour qu'il soit l'agent causal de l'affection, peut-on dire. C'est entendu, mais « le streptocoque n'est pas un hôte normal de la peau humaine. » (1).

Nos recherches ont confirmé cette notion, tant chez des sujets sains que sur des zones de peau saine chez des enfants atteints d'érythèmes fessiers.

On ne le rencontre par graines isolées que sur la peau d'un sujet ayant généralement d'autres lésions streptococciques et ses chaînettes sont courtes et fines.

D'ailleurs, de même que tous les porteurs du bacille diphtérique ne font pas une diphtérie, de même tous les porteurs de streptocoques ne font pas des érythèmes. Nous avons vu que certains enfants chélifs, athrepsiques même, étaient difficiles à guérir et que d'autres, beaux enfants au contraire, guérissaient parfaitement.

Chez les premiers, les érythèmes sont liés à des manifestations générales évidentes, à des troubles gastro-intestinaux en particulier.

Tout se passe comme si chez ces enfants atteints de troubles du fonctionnement digestif, entraînant souvent un amaigrissement rapide, le terrain mal défendu prédisposait à une infection cutanée, rebelle au traitement, du moins tant que la cause prédisposante à l'infection, l'état général précaire, existe encore.

La pathologie générale nous apprend qu'il ne faut pas envi-

(1) M. Sabouraud, déjà cité, *Entretiens dermatologiques, École Lailler*.

sager séparément un organe, mais plutôt la physiologie d'un organisme malade.

Un cœur malade retentit tôt ou tard sur le rein, sur le foie, le rein malade sur le cœur, etc. ; pourquoi le tube digestif, dont un des rôles principaux est d'éliminer les déchets et les poisons organiques, pourquoi, dis-je, cet appareil, au fonctionnement défectueux, n'aurait pas une influence sur un autre appareil dont une des fonctions est aussi d'éliminer les poisons : l'appareil cutané ? Inversement, comment interpréter ces érythèmes toujours liés à des manifestations générales, troubles intestinaux, apparition d'intertrigo, d'eczéma ou autres syndromes, mais apparus primitivement, longtemps quelquefois avant l'apparition des autres troubles généraux. Est-il de prime abord impossible qu'un mauvais fonctionnement de l'appareil cutané (dû à l'infection épidermique et dermique) ne puisse avoir un retentissement sur d'autres appareils ou sur l'organisme en général qui réagit de façons diverses chez deux enfants différents.

Ces « réactions cutanées », comme les appelle Brocq, pourquoi ne pourraient-elles pas être produites par des causes locales infectieuses, streptococciques, dans le cas qui nous occupe, ou mycosiques, comme l'a montré M. le professeur Petges (1).

A côté de ces érythèmes liés primitivement ou secondairement à un état général mauvais, guérissant difficilement, il faut enfin considérer ces infections survenant chez de beaux enfants, sans aucun trouble général, n'affectant en rien leur santé, guérissant en quinze ou vingt jours sans récidives (Obs. I et II).

Ces derniers semblent être une entité morbide et guérissent bien sans récidives.

Ces épidermo-dermites, sous lesquelles nous avons aussi trouvé le streptocoque, ne nous paraissent pas avoir la même cause prédisposante, si nous pouvons ainsi exprimer notre pensée.

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 novembre 1922, p. 697, *Les épidermo-mycoses*.

La peau a un rôle éliminateur, nous l'avons dit; elle a aussi un rôle protecteur, et tout traumatisme, toute solution de continuité visible ou imperceptible, la malpropreté (et tous les enfants indigents étaient mal tenus), les lésions de grattage sont autant de facteurs dont le rôle est primordial pour favoriser l'infection sur un terrain apte à être infecté. La cause prédisposante à l'infection n'est plus ici d'ordre général, mais purement local.

CONCLUSIONS

1° Un certain nombre de cas d'érythèmes infantiles fessiers, plus ou moins généralisés, peuvent être considérés comme d'origine infectieuse locale, le plus souvent streptococcique, avec ou sans association d'autres agents microbiens, et rentrent dans la catégorie des épidermo-dermites microbiennes. L'infection locale est, bien entendu, régie le plus souvent par l'état général;

2° Chez les malades étudiés, (7), nous avons toujours trouvé du streptocoque à longues chaînettes au niveau des lésions et rarement chez ces mêmes sujets, au même moment, en dehors des lésions (Obs. VI). Enfin, sur des sujets ne présentant pas d'affection cutanée, nous n'avons trouvé que trois fois sur dix du streptocoque en petites chaînettes;

3° Nous avons toujours trouvé du staphylocoque associé au streptocoque et fréquemment des bacilles et cocci divers;

4° Le traitement de ces érythèmes par la médication classique de l'impétigo, lavages avec solution de sulfate de cuivre et de zinc diluée (Voir bactériologie) et application de pommade à l'acide salicylique, hâte la guérison et donne des résultats supérieurs à ceux des traitements classiques; mais, ici comme ailleurs, cette médication ne doit pas être brutale; elle exige du tact et de l'expérience de la thérapeutique dermatologique.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
D^r C. SIGALAS.

Le Président,
D^r G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 27 février 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- APPERT (E.). — Maladies des enfants (précis). Baillière, 1920.
- BERGEY (D.-H.) (Abstr.). — Differentiation of cultures of streptococcus. *Pro path. Soc. Phil.*, 1913, XV, 14.
- BORDONI (E.). — Ueber die biologischen Eigenschaften der normalen Hautmicrophyten. *Fortschr. der Med.*, New-York, 1886.
- BROcq (L.). — Dermo-épidermites des trajets fistuleux. *Bulletin médical*, 22 janvier 1916.
- BUTTE. — Dermo-épidermites. Société médicale des hôpitaux, Paris, février 1916.
- COMBY (J.). — Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1903-1905.
- DARIER. — Précis de dermatologie, p. 69, 70.
- DESAUX (A.). — Des épidermo-dermites développées autour des plaies de guerre. Thèse de Paris, 1916-1917.
- DUBREUILH (W.). — Précis de dermatologie. O. Doin, Paris, 1917.
- GILLET. — Érythème vésiculeux érosif des fesses de l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1892.
- GOUGEROT (H.). — Traitement des dermo-épidermites microbiennes. *Paris médical*, 6 janvier 1917.
- Des dermo-épidermites à streptocoques et à staphylocoques parcheminés. *Paris médical*, 7 janvier 1920.
 - Fréquence, polymorphisme et importance des streptococcies cutanées aiguës érythémato-papuleuses, vésiculeuses, érosives ou pustuleuses. *Journal des praticiens*, 28 avril 1917.
 - Importance des dermo-épidermites microbiennes en médecine infantile. *Journal des praticiens*, 15 décembre 1917.
 - Les dermo-épidermites microbiennes de guerre. *Revue médicale*, mai-juin-juillet-août 1916.
- JACQUET (L.). — Des érythèmes papuleux fessiers post-érosifs. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1886.

LEBARD (M.). — Érythème fessier chez le nourrisson atteint d'eczéma séborrhéique. Thèse de Bordeaux, 1908.

MAGGIORA. — Contributo allo studio dei microfiti della pelle umana normale specialmente del piede. *Giornale della Società d'igiene*, 1889.

MAUBÉ. — Les sels de cuivre dans le traitement des affections streptococciques. *Presse médicale*, juillet-octobre 1918.

MOUSSOUS (A.). — Recueil des leçons cliniques sur les maladies de l'enfance. Paris, G. Steinheil, éditeur, 1893.

— Érythème fessier et eczéma séborrhéique. *Archives médicales des enfants*, mars 1908.

PETGES (G.). — Les épidermomycoses. Rapport au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, juin 1922. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 novembre 1922.

— *La pratique des maladies des enfants*, t. VII. *Maladies de la peau*, article *Eczéma et érythèmes*. Paris, 1923, Baillière et fils, éditeurs.

PERRIN. — Dermites eczématiformes. Réunion médico-chirurgicale de la XV^e Région, janvier 1916.

PRESSE MÉDICALE, 12 juillet 1922.

RAMOND et VERGELOT. — Société médicale des hôpitaux, 8 février 1918.

ROCAZ. — Eczéma des nourrissons. Rapport au VI^e Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Toulouse, 1910, Imprimerie E. Privat, Toulouse.

SABOURAUD (R.). — Entretiens dermatologiques à l'École Lailler. Paris, Masson, 1912, vol. in-8°.

— *La pratique dermatologique : L'impétigo*, p. 1045.

— La défense de la peau contre les microbes. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie de Paris*, 1899, 3 s., x-729, 750.

— La peau humaine, sa flore dite normale et les processus spontanés de défense. *Bul. de l'Institut Pasteur*, Paris, 1904, p. 233.

— Manuel élémentaire de dermatologie topographique régionale. Masson, éditeur, Paris, 1905, p. 121.

WHITE. — The role of staphylococcus in klin diseases. *Boston, M. et S. J.*, 1899, 235, 239.

